

Versorgungssituation übergewichtiger und adipöser Erwachsener im Saarland

Dr. med. Angelika Thönnies, Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Frank, Prof. Dr. med. Volker Köllner, Martina Hoffmann-Kümmel

Die Zunahme von Übergewicht und Adipositas ist ein weltweites Gesundheitsproblem. Deutschland gehört zu den Ländern mit hohen Übergewichts- und Adipositasprävalenzen, aktuelle Zahlen dazu hat die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, Mensink et. al) vorgelegt: Danach sind 67,1% der Männer und 53,0% der Frauen übergewichtig. Diese Zahlen zum Übergewicht blieben im Vergleich zu den Vorjahren weitgehend stabil. Die Adipositasprävalenz ist jedoch bedeutend gestiegen: 23,3% der Männer und 23,9% der Frauen sind adipös, wobei sich die deutliche Zunahme besonders bei jungen Erwachsenen zeigt. Das Saarland liegt mit Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt an der Spitze der deutschen Bundesländer mit dem höchsten prozentualen Anteil der Menschen mit einem Body-Mass-Index über 25 kg/m².

Adipositas ist definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Beurteilungsgrundlage für die Gewichtsklassifikation ist der Körpermassenindex [Body Mass Index (BMI)]. Der BMI ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m²). Übergewicht ist definiert als BMI 25-29,9 kg/m², Adipositas als BMI \geq 30 kg/m².

Adipositas ist auf der individuellen Ebene mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden (Deutsche Adipositasgesellschaft, 2014), auf der gesellschaftlichen Ebene stehen beträchtliche sozioökonomische Belastungen durch die Behandlungskosten der Folgenerkrankungen sowie durch Produktivitätsverlust, Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung.

In den letzten Jahren wurden signifikante Fortschritte im Verständnis der pathophysiologischen Mechanismen von Ursachen und Risikofaktoren sowie der Wirkungsweise von Diäten bis hin zu operativen Maßnahmen gemacht.

Überfällig und wegweisend: Adipositas als Krankheit definiert.

Als Erkrankung mit chronischem Verlauf erfordert die Adipositas eine langfristige Behandlung. Leider besteht eine gewisse Ernüchterung über die Evaluationsergebnisse bisheriger Interventionen und Therapieresultate, ausgenommen die der Adipositaschirurgie. Dies ist dadurch zu erklären, dass die meisten konservativen Maßnahmen nach einem Jahr enden und die Betroffenen wieder auf sich alleine gestellt sind. Es fehlen Nachbetreuungskonzepte, welche unter Alltagsbedingungen dauerhaft funktionieren und Langzeitevaluationen, welche die Sinnhaftigkeit dieses Vorgehens sichern. Dennoch gibt es wirksame Programme mit einer Reihe entsprechender Nachweise auch in der Langzeit-Kosten-Nutzen-Analyse.

Die Bedeutung der Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bleibt als vorrangiges Ziel unbestritten, gleichzeitig bedarf es insbesondere für die häufig multimorbid adipösen Patienten einer langfristigen, interdisziplinären und leitlinienorientierten Betreuung unter ärztlicher Führung.

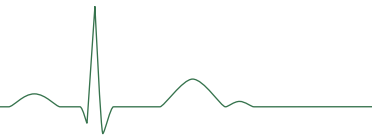
Die bisherige Entwicklung mit Blick auf das Saarland

Das Beispiel Tabakabhängigkeit zeigt, dass eine Konzentration auf Maßnahmen der Verhaltensprävention, die sich auf die individuelle Ebene konzentrieren, zu kurz greifen und zum Scheitern verurteilt ist. Eine nachhaltige Wirkung kann nur durch eine Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention erzielt werden. Zu letzterer gehören z. B. die Förderung von gesundem Essen in der Schule und am Arbeitsplatz, eine verständliche Information über den Kaloriengehalt von Nahrungsmitteln und Getränken (z. B. Ampelkennzeichnung) und angemessene flächendeckende Bewegungsangebote (z. B. Schulsport, Bolzplätze, Sportvereine). Hier ist einerseits die Politik gefordert, andererseits liegt es auch an uns Ärztinnen und Ärzten, uns für sinnvolle Prävention stark zu machen. Es ist dabei notwendig diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe in Rechte und Pflichten aller Beteiligten, also auch der adipösen Betroffenen aufzuteilen.

2006 wurde erstmals auf der europäischen Ministerkonferenz der WHO eine gemeinsame „Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas“ verabschiedet. 2008 wurde in Deutschland von der Bundesregierung der nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ verabschiedet. 2010 entstand ein neues Rahmenprogramm des Bundesministeriums für Bildung und Forschung BMFB mit geförderten Netzwerken wie die Nationale Adipositas Allianz, das Forschungszentrum Adipositaserkrankungen sowie das Genomforschungsprojekt. 2011 unterstreicht erstmals der UN-Gipfel zu nicht übertragbaren Krankheiten in New York den großen Handlungsbedarf bei Adipositas, was die WHO bereits im Jahre 2000 getan hatte (Technical Report 894).

Mit der Initiative „Das Saarland lebt gesund DSLG“ zur Prävention und Gesundheitsförderung in saarländischen Kommunen wurden bereits einige ambitionierte Projekte auf den Weg gebracht. Seit 2005 engagiert sich das Adipositas-Netzwerk SAAR e.V. als Zusammenschluss von Fachleuten und Interessierten für die verbesserte Versorgung adipöser Patienten im Saarland sowie für eine intensiviertere Präventionsarbeit.

Mit Blick auf die aktuell veröffentlichte Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas (Stand 30.04.2014) werden in



den folgenden Abschnitten allgemeine Behandlungsrichtlinien sowie konkrete Bezüge zur Versorgungssituation im Saarland dargestellt und diskutiert.

Einteilung

Die Adipositas wird nach den Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft anhand des Body-Mass-Index (BMI) klassifiziert:

Übergewicht	BMI 25-29,9 kg/m ²
Adipositas	BMI ≥ 30 kg/m ²
	Grad I 30 – 34,9 kg/m ²
	Grad II 35 – 39,9 kg/m ²
	Grad III > 40 kg/m ²
	Grad IV > 50 kg/m ²

Neben dem Ausmaß des Übergewichts bestimmt auch das Fettverteilungsmuster das metabolische und kardiovaskuläre Gesundheitsrisiko. Die viszerale Fettmasse korreliert eng mit kardiovaskulären Komplikationen. Ein einfaches, aber aussagekräftiges Maß zur Beurteilung ist dabei der Taillenumfang:

Männer: Risiko erhöht > 94 cm, stark erhöht > 102 cm
 Frauen: Risiko erhöht > 80 cm, stark erhöht > 88 cm

Dieses differenzierte Vorgehen ist notwendig, da das subkutane Fett keinen eigenständigen kardiovaskulären Risikofaktor darstellt. Insofern greift der Body-Mass Index immer zu kurz. Annähernd 30% der Adipösen mit vorwiegend subkutaner Fettvermehrung werden unter kardiovaskulären Gesichtspunkten umsonst behandelt.

Ursachen: Übergewicht und Adipositas sind mit einer Reihe von Faktoren assoziiert, die teilweise als ursächlich angesehen werden. Dabei handelt es sich um biologische, psychosoziale sowie umweltbedingte Risikofaktoren. Folgende Faktoren können zu Übergewicht und Adipositas führen:

- familiäre Disposition, genetische Ursachen
- Lebensstil (z. B. Bewegungsmangel, Fehlernährung)
- Schlafmangel und Schlafstörungen (z. B. durch Schichtarbeit)
- Chronischer Stress
- depressive Erkrankungen, Angststörungen
- niedriger Sozialstatus
- Essstörungen (z. B. Binge-Eating-Disorder, Night-Eating-Disorder)
- endokrine Erkrankungen (z. B. Hypothyreose, Cushing-Syndrom)
- Medikamente (z. B. einige Antidepressiva, Neuroleptika, Phasenprophylaktika, Antiepileptika, einige Antidiabetika, Glukokortikoide, einige Kontrazeptiva, Betablocker)
- andere Ursachen (z. B. Immobilisierung, Schwangerschaft, Nikotinverzicht)

Starkes Übergewicht verursacht Folgeerkrankungen- allen voran das metabolische Syndrom, wovon der Typ 2 Diabetes mellitus (80% auf Adipositas zurückzuführen) und seine kar-

diovaskulären Spätfolgen am bedeutendsten sind. Im späteren Alter rücken Immobilität und Pflegebedürftigkeit als Adipositas-spezifische Probleme häufig in den Vordergrund.

Komorbiditäten und Komplikationen von Übergewicht und Adipositas

Adipositas-assoziierte Folgeerkrankungen sind ein gravierendes medizinisches Problem, welches nahezu kein Organsystem unbeeinträchtigt lässt:

- Kohlenhydratstoffwechsel: Insulinresistenz, gestörte Glucose-toleranz, Diabetes mellitus Typ 2
- Blutgerinnung: Thromboembolien
- Chronische Entzündungen mit Begünstigung der Arteriosklerose: Kardiovaskulär koronare Herzkrankheit, Vorhofflimmern, adipositas-assoziierte Hypertonie; Demenzerkrankung; Urogenitalsystem: Aggravierung des Verlaufs zahlreicher primärer Nierenerkrankungen
- Hormonsystem: Hyperandrogenämie, polycystisches Ovar-Syndrom, Einschränkung der Fertilität
- Schwangerschaftskomplikationen und erschwerten Geburtsverlauf
- Gicht
- Atemwege: Hypoventilations- und Schlafapnoe-Syndrom
- Gastrointestinale Erkrankungen: NASH (Nicht alkoholische Steato-Hepatitis)
- Einige Krebserkrankungen
- Degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates, erhöhte Unfallgefahr, Wundheilungsstörungen
- Psychosoziale Erkrankungen: depressive Angst- und somatoforme Störungen, chronifizierte Essstörung
- Behinderung bei der Diagnostik (z. B. Ultraschall) und operativen Therapie

Konservative Therapie: Wer wird behandelt, wie wird behandelt?

Die Indikation zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas wird abhängig vom BMI und der Körperfettverteilung unter Berücksichtigung von Komorbiditäten, Risikofaktoren und Patientenpräferenzen gestellt. So sind das Therapiebedürfnis und der Leidensdruck der Betroffenen je nach Alter, Geschlecht, vorausgehender Sport- und Lebenserfahrung, Begleiterkrankung und auch der aktuellen Lebensqualität sehr unterschiedlich. Daher sollten zur Behandlung von Adipositas nur solche Gewichtsreduktionsprogramme angeboten werden, die sich an der individuellen Situation der Betroffenen und den Therapiezielen orientieren und deren Wirksamkeit durch klinische Studien belegt ist.

Die Indikationen für eine Behandlung übergewichtiger und adipöser Menschen sind:

- ein BMI ≥ 30 kg/m² oder
- Übergewicht mit einem BMI zwischen 25 – 29,9 kg/m² und gleichzeitiges Vorliegen übergewichtsbedingter Gesundheits-

störungen (z. B. Hypertonie, T2DM) sowie Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder aufgrund eines hohen psychosozialen Leidensdruck.

Realistische Ziele durch konservative Therapie hinsichtlich der Gewichtsabnahme innerhalb von sechs bis zwölf Monaten sind:

Bei einem BMI von 25 bis 35 kg/m²: Reduktion von > 5 % des Ausgangsgewichts,
bei einem BMI > 35 kg/m²: Reduktion von >10 % des Ausgangsgewichts.

Konservative Programme sind deshalb vor allem für Patienten mit Übergewicht und Adipositas Grad I geeignet, da hier signifikante Gewichtsreduktionen erreicht und das Fortschreiten der Erkrankung verhindert werden können. Bereits geringe Gewichtsabnahmen können die metabolischen Parameter positiv beeinflussen (de Zwaan & Müller, 2014), besonders wenn es dem Patienten gelingt, mehr körperliche Aktivität in ihren Alltag zu integrieren. Gerade den zu hohen Erwartungen dieser Patienten im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion ist frühzeitig zu begegnen, um die Kaskade Erleben eigener Insuffizienz, depressiver Stimmung, Überessverhalten und schließlich Selbstaufgabe frühzeitig unterbrechen zu können. Den Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft entsprechend ist eine moderate Gewichtsreduktion anzustreben, wobei in bestimmten Fällen auch eine Gewichtsstabilisierung ein Behandlungsziel darstellen kann. Da die Adipositas als chronische Erkrankung mit hoher Rezidivneigung anzusehen ist, sollten dem Patienten über die Phase der Gewichtsabnahme hinaus geeignete Maßnahmen zur langfristigen Gewichtsstabilisierung empfohlen werden.

Konservative Therapie: regelhafte Erstattung der Adipositasstherapie gefordert

Die Behandlung zielt auf eine langfristige Lebensstiländerung mit energieadäquater Ernährung und Steigerung der körperlichen Aktivität. So einfach dieses Konzept erscheint, so schwer ist es im Alltag umzusetzen. Durch den hohen Bedarf sind zahllose, meist kommerzielle Angebote entstanden, deren Wirksamkeit oft nicht ausreichend belegt ist und die häufig nur kurzfristige Effekte erzielen. Die medikamentöse Therapie der Adipositas bietet aufgrund gravierender Nebenwirkungen und fehlender Langzeiteffekte bis auf Orlistat – das allerdings nur einen geringen Effekt hat, keine Option.

Da die Versorgung adipöser Patienten häufig in der allgemeinärztlichen Sprechstunde stattfindet, nimmt der Hausarzt in der Risikoabschätzung und als Beratungsinstanz eine zentrale Rolle ein. Allgemeinärzte können bei Menschen ab dem 35. Lebensjahr verstärkt die präventive Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V nutzen, um individuell zu beraten. Eine effiziente Betreuung adipöser Patienten wird erleichtert durch Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen oder Behandlungs-

einrichtungen, welche qualitätsgesicherte Gewichtsmanagementprogramme anbieten. Grundlage jedes Gewichtsmanagements sollte ein Basisprogramm sein, das die Komponenten Ernährungs- Bewegungs- und Verhaltenstherapie¹ umfasst (de Zwaan & Müller, 2014).

Patienten mit erheblichen Komorbiditäten können in spezialisierten Schwerpunktpraxen insbesondere für Ernährungsmedizin und Diabetologie mit betreut werden. Terminengpässe und räumliche Entfernungen zu den unterschiedlichen Experten stellen dabei für den Patienten noch häufig ein großes Problem dar.

Nicht unerwähnt bleiben sollte die immer mehr in den Vordergrund rückende Therapie mit Inkretinmimetika (Liraglutide, Exenatide), die mit erheblicher Körpergewichtsabnahme einhergehen kann. Voraussetzung hierbei ist ein therapeutischer Ansatz, der verhaltensmedizinisch geprägt ist. Im Saarland besteht unter den Diabetologen Konsensus, dass diese Pharmaka nur langfristig weiterverordnet werden, wenn eine Gewichtsreduktion neben der Diabetestherapie von >10 % erreicht wird. Langzeitergebnisse bis zu 5 Jahren ohne Gewichtszunahme liegen vor.

Klinisch sinnvoll ist ein Stufenkonzept abhängig vom Schweregrad des Übergewichts um den individuellen Bedürfnissen besser gerecht zu werden:

- Ernährungstherapie mit Reduktionskost und einem täglichen Energiedefizit von etwa 500 kcal. Damit ist ein Gewichtsverlust von ca. 0,5 kg pro Woche zu erwarten
- Mahlzeitenersatz durch Formuladiätprodukte
- Alleinige Ernährung mit Formuladiät (zeitlich begrenzt, 800 – 1200 kcal/d), Gewichtsverlust von ca. 1 – 2 kg/ Woche

Diese Stufentherapie sollte durch Ärzte sowie Ernährungsberater begleitet und mit Bewegungstherapie und verhaltenstherapeutischen Elementen kombiniert werden. Der Einsatz von Formulaprodukten wird insbesondere für Patienten ab einem Adipositasgrad II empfohlen (De Zwaan & Müller, 2014).

Die Ernährungsberatung durch eine Fachkraft (DiätassistentIn, OekotrophologIn), erfolgt in Heimatnähe über die zuständige Krankenkasse.

Bewegungstherapie:

Ausdauerorientierter Bewegungssport sollte mit einem Umfang von mind. 150 min. / Woche durchgeführt werden, ergänzend dazu eingesetzt auch immer ein Krafttraining, spielt doch der Muskelerhalt- und aufbau in der Adipositasstherapie eine große Rolle. In der Praxis zeigt sich, dass morbid adipöse Patienten nur eingeschränkt an allgemein ausgerichteten Bewegungsprogrammen teilnehmen können: Immobilität, Sturzgefährdung,

¹ hiermit ist nicht zwangsläufig Richtlinienpsychotherapie gemeint, viele Patienten profitieren von verhaltensmedizinischen Interventionen im Rahmen von Gruppenprogrammen oder der psychosomatischen Grundversorgung (Rüddel & Sachse, 2005)



Schamgefühle und Balanceprobleme erfordern speziell für Adipositaspatienten konzipierte Angebote.

Generell werden Bewegungs- und auch Entspannungsprogramme bei Nachweis der regelmäßigen Teilnahme ebenfalls von den Kassen bezuschusst.

Verhaltensmodifikation / Psychotherapie:

Verhaltensmodifikation ist ein wesentliches Element der Adipositas therapie, vor allem hinsichtlich der emotionalen Störbarkeit des Essverhaltens und der Stimuluskontrolle. Ziel der Verhaltenstherapie ist neben der Modifikation dysfunktionaler Gewohnheiten die Stabilisierung neu erlernter, günstigerer Ernährungs- und Bewegungsverhaltensweisen sowie die Bewältigung psychischer und sozialer Probleme, die häufig eine Folge der Adipositas sind. Verhaltensmodifikation kann grundsätzlich im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung durchgeführt werden (Rüddel & Sachse 2005; Köllner, 2008). Wenn dies nicht ausreicht, besteht grundsätzlich eine Indikation zur Richtlinienpsychotherapie. Ein Teil der Patienten weist eine klinisch relevante psychische Komorbidität auf, welche die

Indikation zur Psychotherapie begründet. Vor allem Adipöse mit einer komorbiden Depression oder Essstörung haben ohne begleitende Psychotherapie kaum eine Chance auf eine nachhaltige Gewichtsreduktion. Optimal wären hier Gruppenangebote als Kurztherapie, die mittelfristig in Selbsthilfegruppen übergehen könnten. Leider werden solche Konzepte bisher noch nicht flächendeckend realisiert.

Grundsätzlich korreliert mit einer Gewichtsabnahme eine Steigerung der psychischen Stabilität und Extraversion (Aretz H., H. Liebermeister, H. Schulz, G. Probst. DMW 1971).

Welche Abnehmprogramme wurden in die aktuellen Leitlinien aufgenommen?

Die moderne konservative Therapie beruht entsprechend den Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft auf der multimodalen Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltensmodifikation. Der Vorteil solcher Programme besteht darin, dass sie einen größeren Erfolg erwarten lassen, als die Anwendung einzelner Komponenten. Vor allem bei Adipositas

Grad II und III sollte diese Strukturqualität von den Therapieanbietern erfüllt werden.

Nur für wenige Gewichtsreduktionsprogramme stehen ausreichende evaluierte Daten zur Verfügung, die ihre Wirksamkeit belegen konnten.

Die in die Leitlinien aufgenommen folgenden Programme hingegen kommen dieser Anforderung in unterschiedlichem Maße nach und zielen aufgrund ihrer strukturellen und intensitätsspezifischen Ausrichtung auf die verschiedenen Schweregrade und persönlichen Voraussetzungen Betroffener.

Präventionsprogramme (§ 20 SGB V) für Übergewicht und Adipositas Grad I ohne Komorbidität, eine ärztliche Begleitung findet nicht statt, keine standardisierte Dokumentation):

DGE „Ich nehme ab“: Verhaltensorientiertes zeit- und ortsunabhängiges Selbsthilfeprogramm, die Beratung erfolgt über Handbuch (Manual) oder unter Anleitung in der

Übersicht Gewichtsreduktionsprogramme

	Ich nehme ab	Abnehmen mit Genuss	Weight Watchers	Bodymed	M.O.B.I.L.I.S.	OPTIFAST-52
Mittl. BMI (kg/m ²)	ca. 30	31,0	31,4	33,4	35,7	40,8
n	versch. Studien	45 869	772 (377 Weight Watchers)	665	5 025	8 296
Formula-Diät	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Δ kg (1 Jahr)	nicht angegeben	nicht angegeben	-5,1 (Weight Watchers) -2,3 (Kontrolle)	-9,8	-5,1	-16,4
Δ kg (1 Jahr) Frauen	-2,3*/-2,0*/-1,3**	-2,2	nicht angegeben	nicht angegeben	-5,0	-15,2
Δ kg (1 Jahr) Männer	-4,1*	-2,9	nicht angegeben	nicht angegeben	-5,9	-19,4
Drop-outs	16 – 35 %	51 %	39 % (Weight Watchers)	23 %	14 %	42 %
Typ	RCT	Beobachtung	RCT	Beobachtung	Beobachtung	Beobachtung
Datenqualität	RCT Studien mit und ohne Face-to-Face-Beratung	alle Teilnehmer in D von 2006 – 2010	RCT Erfolg im Vgl. zu ärztl. Standardberatung	selektierte Stichprobe (von ca. 500 Bodymed-Centern in D)	316 Gruppen von 2004 – 2011	alle Teilnehmer, alle Zentren in Deutschland von 1999 – 2007
Strukturqualität	Diätassistentin/Ökotrophologin: nur bei Face-to-Face	Diätassistentin/Ökotrophologin: ja	Diätassistentin/Ökotrophologin: nein	Diätassistentin/Ökotrophologin: nein	Diätassistentin/Ökotrophologin: ja	Diätassistentin/Ökotrophologin: ja
	Arzt: nein	Arzt: nein	Arzt: nein	Arzt: ja	Arzt: ja	Arzt: ja
	Psychologe: nein	Psychologe: nein	Psychologe: nein	Psychologe: nein	Psychologe: ja (teilw. Pädagoge)	Psychologe: ja
	Bewegungsfachkraft: nein	Bewegungsfachkraft: nein	Bewegungsfachkraft: nein	Bewegungsfachkraft: nein	Bewegungsfachkraft: ja	Bewegungsfachkraft: ja
Literatur	Rademacher & Oberritter 2008	Austel et al. 2012	Jebb et al. 2011	Walle & Becker 2011	Lagerström et al. 2013	Bischoff et al. 2012

* mit Beratung; ** Self-Help; Programme 3, 4, 6: Gewichtsverlauf mit Fortschreibung der letzten verfügbaren Daten; Programme 1, 2, 5: fehlende Daten durch Ausgangsgewicht ersetzt.

Weight Watchers: auch im Saarland mit zahlreichen offenen Gruppen vertreten, die Beratung erfolgt über wöchentliche Treffen. Keine Bezuschussung durch Kassen. Keine der fachlichen Personalqualifizierungen s.o. vorhanden. Bei Übergewicht und Adipositas Grad I ohne Komorbidität.

Gruppe. Das Manual zum Programm ist über den DGE-Medien-Service erhältlich.

AOK „Abnehmen mit Genuss“: Verhaltensbasiertes zeit- und ortsunabhängiges Programm. Die Beratung erfolgt als Brief- und E-Mailprogramm mit Trainingshandbuch, persönlichen Briefen oder E-Mails bzw. telefonischer Hotline; per Internet und App kann zudem auf eine Experten-Betreuung zurückgegriffen werden.

Der Präventionskurs „Du bist, was Du isst“ in Ottweiler wird von den Kassen ebenfalls bezuschusst.

Das Internetprogramm Low Fett 30 ist ein online Ernährungskurs über 16 Wochen und wird von der Knappschaft getragen.

Therapieprogramme für Adipositas Grad I und II (Kostenerstattung nach § 43, SGB V): Eine ärztliche Begleitung findet statt, mit standardisierter Dokumentation.

Als gemeinnütziger Verein bietet **M.O.B.I.L.I.S. e.V.** das gleichnamige Programm als multidisziplinäres bewegungsorientiertes Gewichtsmanagementprogramm an rund 100 Standorten in Deutschland für Erwachsene an. Das Programm wurde bereits 2005 in den MediClin Blietal Kliniken in Blieskastel angeboten. Seit Frühjahr 2013 als Angebot einer Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin BDEM in Ottweiler, in Saarbrücken in Planung. Die Teilnehmer/innen (BMI 30 – 40 kg/m²) werden dabei in Gruppen über zwölf Monate bezüglich Ess- und Bewegungsverhalten in strukturierten Einheiten geschult und von Experten (Psychologie/Bewegung/Ernährung) betreut. Das Programm wird ärztlich begleitet (M.O.B.I.L.I.S.-Arzt).

Bodymed: Das von der Bodymed AG angebotene, gleichnamige Programm ist ein kommerzielles, über den niedergelassenen Arzt bzw. im Bodymed-Center ärztlich betreutes 12-wöchiges Gewichtsmanagementprogramm auf der Basis von Ersatzmahlzeiten. Dieses Mahlzeitenersatz-Programm, wurde nun in die neue S3 Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ aufgenommen und findet zunehmend Anerkennung. Bundesweit gibt es 600 Bodymed-Center, im Saarland sind es 35. Zielgruppe sind adipöse Patienten (BMI > 30 kg/m²), Ziel ist eine effektive Ernährungsumstellung mit nachhaltigem Gewichtsverlust und Stoffwechseleoptimierung, vorrangig bei metabolischem Syndrom und T2DM. Vorwiegend Selbstzahlerleistung, bei Vorliegen einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung werden die Schulungskosten von einigen Krankenkassen nach § 43 SGB V erstattet.

OPTIFAST®52-Programm: Medizinisch geführtes, ambulantes Therapieprogramm für adipöse Erwachsene (BMI > 30 kg/m²) auf der Basis einer proteinreichen Formuladiät. Optifast-Programme sind uns derzeit im Saarland nicht bekannt, da relativ kostspielig.

Therapieprogramme für Adipositas Grad III (Kostenerstattung nach § 43, SGB V): ebenfalls mit ärztlicher Begleitung und standardisierter Dokumentation

DOC WEIGHT (DW) ist ein Gemeinschaftsprojekt des Bundesverbands Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) und des Verbands der Diätassistenten (VDD) und wird vor allem in Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin BDEM durchgeführt. Die Zielgruppe sind Menschen mit einem BMI ab 40 kg/m² oder ab BMI 35 kg/m² mit Begleiterkrankungen als produktunabhängiges konservatives multimodales Therapieprogramm. Die Kosten für M.O.B.I.L.I.S. und DOC WEIGHT werden bei bestehender Indikation von fast allen Kassen übernommen, allerdings müssen die anbietenden Ärzte immer wieder einzeln verhandeln, da es sich um eine Kann-Leistung handelt, die ordnungsgemäße Durchführung im Rahmen der Qualitätssicherung muss nachgewiesen werden. Dazu zählen geeignete Örtlichkeiten, die Akquise eines Mitarbeiterstabs aus qualifizierten Therapeuten (lizenzierte Schulungen) und eine standardisierte Verlaufsdokumentation. Eine Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin BDEM in Ottweiler hat ein Team für DocWeight qualifizieren lassen, eine Gruppe ist im Aufbau in Zusammenarbeit mit der Adipositaschirurgie St. Ingbert. Ernährungsmedizinische Praxen BDEM sind uns in Lebach und Ottweiler bekannt.

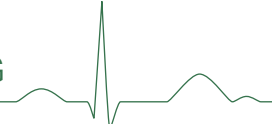
Langfristige Gewichtsstabilisierung

Nach erfolgreicher Gewichtsreduktion fällt es vielen Patienten schwer, das reduzierte Gewicht in eigenem Selbstmanagement zu halten. Selbst in anerkannten Adipositaszentren können nur ca. 20 % aller Teilnehmer das reduzierte Körpergewicht nach Beendigung der Behandlung über einen langen Zeitraum stabil halten (Hauner 2001). Daher müssen rechtzeitig geeignete Maßnahmen zur langfristigen Gewichtsstabilisierung empfohlen und eingeübt werden. Insgesamt kommt es darauf an, in möglichst vielen Bereichen (Regelmäßigkeit des Mahlzeitenrhythmus, Qualität der verzehrten Lebensmittel, Erhöhung der sportlichen Aktivität, Entspannung, Umgang mit Stress, Selbstbeobachtung, Gewichtskontrolle) das Verhalten ganz individuell zu verbessern (Lean-Habits-Study, Westenhöfer et al. 2004).

Beitrag von Rehakliniken in der Behandlung der Adipositas

Grundsätzlich wird die Indikation zur stationären Behandlung in einer Rehabilitationsklinik gestellt wenn unter qualifizierten ambulanten Bedingungen keine ausreichende Gewichtsreduktion gelungen ist (< 5%) und

- schwerwiegende Begleit- oder Folgeerkrankungen vorliegen (z.B. Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie, Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung, Schlafapnoe, ausgeprägte Gelenkerkrankungen)
- Adipositas bedingte Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit droht
- Adipositas bedingte psychosoziale Probleme mit schwerwiegendem Leidensdruck erkennbar sind



- eine rasche Gewichtsabnahme vor einem geplanten operativen Eingriff notwendig ist.

Die Mehrheit der Patienten mit Adipositas Grad II/III werden in orthopädischen und internistischen (jeweils ca. 40%) Kliniken behandelt, mit über 10% in psychosomatischen Kliniken. Eine psychosomatische Rehabilitation ist vor allem bei klinisch relevanter psychischer Komorbidität (z. B. Essstörung, Depression, posttraumatische Belastungsstörung) sinnvoll, da hier parallel zur Gewichtsreduktion eine stationäre Psychotherapie erfolgen kann und in der Regel mehr Zeit zur Verfügung steht. Von Krankenkassenseite sollte verstärkt überlegt werden, entsprechende Reha-Verfahren frühzeitig aktiv anzuregen, um spätere kostenträchtige Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Eine stationäre Reha-Behandlung ist Teil einer vernetzten Behandlung, die nach dem stationären Aufenthalt weitergeführt werden muss durch entsprechend qualifizierte Ärzte, Ernährungsberater und Psychotherapeuten. Im Saarland bieten die Psychosomatische Fachklinik Münchwies, die MediClin Bliestalkliniken und die Klinik Berus für adipöse Patienten multimodale stationäre Behandlungskonzepte an. Die Mediclin Bliestal Kliniken verfügt sein diesem Jahr über eine Station zur Behandlung schwerst-adipöser Patienten, die von der Fachklinik für Innere Medizin in Kooperation mit der Fachklinik für Psychosomatische Medizin betrieben wird. Hier wurden die baulichen und organisatorischen Voraussetzung (z. B. spezielle Aufzüge, Möbel und Trainingsgeräte) geschaffen, um auch Patienten mit einem Gewicht deutlich über 200 kg und Immobilität aufnehmen zu können. Dies dient häufig der Vorbereitung auf eine sich anschließende bariatrische Operation. Aufgrund der regelhaft vorliegenden Komorbidität dieser Patientengruppe ist hier ein interdisziplinäres Therapiekonzept notwendig.

Die Hochwald-Kliniken Weiskirchen bieten im Anschluss an die stationäre Reha-Maßnahme mit Tri-fit-pur ein einjähriges, ärztlich geleitetes ambulantes Schulungsprogramm an.

Als Einrichtung der beruflichen Rehabilitation nach § 35 SGB IX bietet das Berufsbildungswerk CJD Homburg/Saar jungen Erwachsenen mit z.T. extremer Adipositas i. R. einer reha-spezifischen Berufsvorbereitung und Erstausbildung ein interdisziplinäres Betreuungskonzept an.

Adipositaschirurgie

Die Wirksamkeit der bariatrischen Chirurgie wurde in vielen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen mit hoher Evidenz bestätigt. Im Mittel kann ein Verlust des Übergewichts von 50 – 70% mit deutlicher Verringerung der Risikofaktoren erreicht werden im 2. p.o. Jahr. Nach 3 – 5 Jahren kommt es wieder zu einer Gewichtszunahme von 10%, so dass eine dauerhafte Reduktion von 40 – 60% realistisch ist.

Primäre Indikation: BMI > 50 kg/m². Hier hat eine konservative Therapie primär keine Erfolgsaussicht.

Sekundäre Indikation: Erschöpfen konservativer Behandlungsmöglichkeiten nach 6 – 12-monatigem Programm (Gewichtsabnahme < 5% Ausgangsgewicht) und BMI > 40 kg/m², bzw. BMI > 35 kg/m² und Komorbidität.

Im Rahmen der präoperativen Evaluation wird neben dem 6 – 12-monatigen multimodalen Konzept auch eine psychologisch / psychotherapeutische Stellungnahme gefordert. Hat sich der Patient bereits für eine Operation entschieden, ist die Motivation, erneut auf konservativem Wege Gewicht zu reduzieren leider oft nur noch gering vorhanden. Das ist verständlich aus Patientensicht, jedoch für den Erfolg von Programmen wie Doc weight erschwerend.

Operationen haben eine major-Komplikationsrate von bis zu 5%, die häufigsten Komplikationen ereignen sich im 1. postoperativen Jahr, so dass in diesem Zeitraum die Nachsorge besonders engmaschig sein sollte. Aus ernährungsmedizinischer Sicht wird eine ausgewogene Kost mit Supplementierung von Spurenelementen und Mineralstoffen empfohlen, regelmäßige Laboruntersuchungen im Hinblick auf Mineral- und Vitaminmangel sind notwendig. Neben der hausärztlichen und ernährungsspezifischen Beratung kann bei Wiederauftreten von Essstörungen und psychischen Anpassungsstörungen eine Psychotherapie erforderlich sein. Für eine regelhafte psychotherapeutische Nachbetreuung besteht jedoch keine Evidenz.

In verschiedenen Studien zeigte sich allerdings auch, dass die Zahl der Suizide nach bariatrischer Operation zunahm. So ergaben Untersuchungen von Omalu (Pittsburgh; USA) 3,6% der Todesfälle bei den operierten Patienten Suizid als Ursache, in der breiten Bevölkerung liegt die Suizidrate berechnet aus den Todesfällen bei 1,1%. Die internationale Variabilität beträgt bis > 5%. Bereits vor OP bestehende psychische Erkrankungen müssen daher im Vorfeld erkannt und postoperativ betreut werden.

Anzeige

matramed
Markus Trautmann
Vertrieb und Service
Medizintechnik

Der Ultraschallexperte!
Info-Hotline 0 68 26 / 93 33 97 - 0

Verkauf von Neu- und Gebrauchtgeräten ■
Reparatur & Service von Geräten und Sonden ■

www.matramed.com

Im Saarland hat das Kreiskrankenhaus St. Ingbert seit 2012 ein adipositaschirurgisches Versorgungsangebot aufzuweisen. Angegliedert ist dort auch eine Selbsthilfegruppe, weitere Gruppen bestehen in Dillingen, Lebach und im benachbarten Zweibrücken. Die St. Elisabethklinik Saarlouis und die Caritasklinik Lebach bieten ebenfalls bariatrische Operationen an. In der chirurgischen Versorgung adipöser Patienten im Saarland spielt das Evangelische Krankenhaus Zweibrücken, Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums des Saarlandes mit seinem von der deutschen Adipositasgesellschaft (DAG) zertifizierten Zentrum ebenfalls eine große Rolle. Für die Patienten ist dabei eine fachübergreifende Nachsorge auf dem Boden einer strukturierten und langfristigen Zusammenarbeit unabdingbar.

Adipositas-Selbsthilfe

Im Saarland ist die Adipositas-Selbsthilfe mit einem Fokus auf die bariatrische Therapie mit prä- und postoperativen Fragestellungen aktiv aufgestellt. Es fehlt an Patientengruppen, die sich mit den Fragen der konservativen Therapie, der nachhaltigen Lebensstiländerung und der Krankheitsbewältigung im Rahmen der Selbsthilfestruktur auseinandersetzen.

Resümee

- Die Versorgungslage mit Gewichtsreduktionsprogrammen zur leitlinienkonformen Therapie der Adipositas ist im Saarland unzureichend, die bestehenden Angebote decken den Bedarf in keiner Weise ab.
- Die Kostenerstattung (§ 43 SGB V) erfolgt je nach Krankenkasse unterschiedlich, für Anbieter besteht keine Planungssicherheit bei hohem organisatorischen Aufwand. Solange die Krankenkassen die Adipositas nicht als chronische Erkrankung anerkennen, wird die angemessene Leistungsvergütung für Präventions- und Therapiemaßnahmen ausbleiben.
- In die aktuellen Leitlinien wurden auch Programme aufgenommen welche nicht, wie von den Qualitätskriterien gefordert, multimodal nach ärztlicher Indikation vorgehen. Die Folge könnte sein, dass sich die Krankenkassen auf die Leitlinienvorgaben zurückziehen und die qualitativ deutlichen Strukturunterschiede nicht genügend würdigen und den Versicherten kostengünstige, aber für sie unzureichend effektive Angebote unterbreiten.
- Hinsichtlich unterstützender Kooperationsformen und vernetzender Versorgungsstrukturen besteht Optimierungsbedarf.
- Die Verantwortung von Hausärzten bei der Betreuung adipöser Menschen ist besonders hoch, diese vor negativer Bewertung und Stigmatisierung zu bewahren und die notwendigen diagnostischer, therapeutischer Maßnahmen zu koordinieren.
- Die medikamentösen Möglichkeiten, z. B. Inkretine bei Diabetikern werden nicht ausgenutzt oder finanziert.
- Es gibt zu wenig sporttherapeutische Programme für adipöse Patienten, Adipositas-spezifische Bewegungsangebote müssen verstärkt entwickelt und ausgewiesen werden.
- Die Zielgruppe der adipösen Männer wird nicht adäquat erreicht. Für adipöse Menschen mit Behinderung fehlen therapeutische Konzepte.

Das Saarland zeichnet sich auch in der Betreuung übergewichtiger und adipöser Patienten durch engagierte Kollegen aus. Es gibt Initiativen und Spezialangebote von Ernährungsmedizinern, Internisten, Diabetologen und Hausärzten, die in diesem Artikel zwar nicht erwähnt wurden, die aber ebenfalls zu Verbesserung der Versorgung im Saarland beitragen.

Was fehlt sind flächendeckende Angeboten, eine effektive Vernetzung und eine adäquate Leistungshonorierung. Die Verbesserung dieses Zustandes hat sich das Adipositas-Netzwerk als eine wichtige Aufgabe auf die Agenda geschrieben, Mitstreiter in dieser guten Sache sind herzlich willkommen.

Links zur Thematik:

- www.adipositas-saarland.de
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V.,
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG),
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE),
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. (Hrsg.),
- Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. Version 2.0 (April 2014); <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/050-001.html>
- www.mobilis.de
- www.bdem.de
- www.bodymed.de
- www.zentrale-pruefstelle-praevention.de

*Dr. med. Angelika Thönnies
Adipositas-Netzwerk SAAR e. V.
CJD Homburg/Saar
Tel. (0 68 41) 69 13 18
Praxis Ottweiler/Homburg
Tel. (0 68 24) 48 11
E-Mail: info@adipositas-saarland.de*